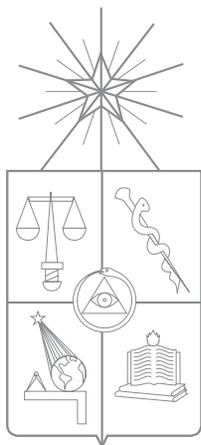


# Diálogos

## Políticas Públicas de Salud



### Sistemas de seguridad social: balance y desafíos

Resumen de la exposición del economista Ricardo Solari en la sesión inaugural de las XXIX Jornadas Chilenas de Salud Pública. Santiago, noviembre de 2011.

#### Antecedentes históricos

Por “seguridad social” se entiende la protección que la *sociedad* proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas (públicas), contra las privaciones económicas y riesgos sociales y que, de no enfrentarse, ocasionarían su desaparición o una fuerte reducción de sus ingresos, generando pobreza (definición OIT, 1991). Entre estos males se cuentan los efectos de la cesantía, la enfermedad común, los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la desprotección en la vejez y la invalidez.

La creación de instituciones públicas de seguridad social responde al imperativo moral y político de reducir estos riesgos mediante mecanismos burocráticos y formales que racionalizan las prácticas de solidaridad que espontáneamente surgen en la sociedad y distribuyen la probabilidad de estos riesgos, para favorecer a los más vulnerables, que son aquellos que no pueden enfrentar estas dificultades con medios propios.

La seguridad social en Chile no tiene su impulso original en la acción del Estado. Antes bien, son agrupaciones de trabajadores, particularmente del artesanado, las que inician, con sus Sociedades de Socorro Mutuo, las primeras organizaciones destinadas a la acumulación de fondos y prestación de diversos servicios del cuidado de salud



y de bienestar. Con ello se opera por primera vez el abandono en el campo de la seguridad social del orden colonial, cuyo paradigma era la caridad. Esto evidencia la importancia de los movimientos sociales para generar condiciones de protección a los ciudadanos. El Estado recién ingresa sistemáticamente a la seguridad social hacia los años veinte del siglo pasado, hace menos de 100 años.

Podemos distinguir tres períodos en la participación de Estado en la seguridad social chilena. En un primer período, entre 1920 y 1980, el Estado asume la organización de la seguridad social, creando una institucionalidad principalmente pública, cuyas prestaciones están asociadas a relaciones sociolaborales formales y con baja cobertura de los beneficios para las personas que habitan en ruralidad. En esta etapa, se crean el Seguro Obrero, las Cajas de Previsión y el Servicio Nacional de Salud.

Entre 1980 y 2000, se puede distinguir otra etapa en el marco de una concepción subsidiaria del rol de Estado, el que debe participar en aquellas áreas donde no existan incentivos privados para hacerlo y, por tanto, ‘focaliza’ el esfuerzo de su participación en la seguridad social hacia la pobreza. Los privados son administradores y proveedores de bienes y servicios públicos y las personas contribuyen al sistema mediante cotizaciones obligatorias, impuestos generales y copagos. En este contexto surgen las Isapres en salud y las AFP en previsión.

Esta fase termina con un grupo de iniciativas cuyo sentido es la creación de un sistema de protección social con una orientación hacia la universalidad. El concepto es que todo individuo tiene derecho a la seguridad social y, por tanto, se repone la presencia del Estado como organizador de la seguridad social. Se

marca un hito en este enfoque nuevo con la creación, el 2002, del seguro de desempleo, financiado con la contribución de empleados, empleadores y del Estado. El año 2005 aparece en salud el programa Auge y el año 2008 el pilar solidario de la reforma previsional. Conviene destacar que durante 2012 se pondrá en marcha la incorporación, prevista por la reforma previsional del gobierno de Michelle Bachelet, de los independientes al sistema de pensiones mediante el ahorro obligatorio.

El actual gobierno ha tomado medidas como la extensión del permiso posnatal remunerado a seis meses para las madres trabajadoras y la eliminación del 7% de imposición en salud para los beneficiarios del sistema de pensiones solidarias. El gobierno aparece así como continuador del sello de protección social de la administración de Michelle Bachelet. Su opción política medular, sin embargo, ha sido el énfasis en cuestiones de fiscalización y regulación. Se puede inscribir en este patrón de políticas la creación del Ministerio de Desarrollo Social, los proyectos de regulación de las licencias médicas y de las tablas de precios de las Isapres. Sin embargo, en el marco de esta tendencia, se debe prestar particular atención a los efectos que pueda tener la nueva Ficha de Protección Social como mecanismo de “elegibilidad”, en términos de la reducción de la cobertura de prestaciones de protección social ya existentes, volviendo así, por la vía administrativa, al modelo de focalización en desmedro de la universalidad.

## **Debates conceptuales**

Las últimas grandes iniciativas en seguridad social que marcan un cambio paradigmático en Chile suponen opciones diferentes de las que dominaron desde

los '80 en lo que respecta al rol del Estado y a la cobertura, tendiendo a la protección y a la universalidad. Además, planes como Auge establecen derechos ciudadanos para la cobertura de las enfermedades de alta complejidad, así como estándares en términos de protocolos de atención.

La premisa fundamental de este último giro paradigmático es que el concepto de desarrollo no consiste solamente en altos niveles de crecimiento ni en la expansión de los factores productivos de la economía, sino que implica, de manera esencial, la existencia de un sistema público de protección social universal. A los progresos en el campo productivo necesariamente debe corresponder una expansión cuantitativa y cualitativa de los sistemas de seguridad social.

En la actualidad, los sistemas de seguridad social se definen en función de cuatro ejes o dimensiones: rol del Estado, cobertura, regulación y provisión. En relación con cada uno de estos ejes podemos distinguir opciones o polos que marcan diferencias en los regímenes de seguridad social imperantes:

- Estado: subsidiario v/s protector.
- Cobertura: focalización sobre necesidades v/s universalidad de las prestaciones.
- Regulación: autorregulación v/s regulación externa de los proveedores privados o, en el caso de los servicios públicos, establecimiento de estándares de calidad y oportunidad.
- Provisión: mayor v/s menor participación de los privados en la provisión de los servicios y bienes públicos.

La tendencia mundial actual en relación con estas divergencias (promovida por OIT y OMS), una vez que tanto las utopías socialistas como neoliberales han evidenciado históricamente su fracaso, ha sido relegar las opciones ideológicas a un segundo plano para atender a las realidades específicas de cada país y las posibilidades de financiamiento, dentro de un marco que busca asegurar pisos de protección social para todos los ciudadanos.

## **Estructura institucional del sistema de protección social en Chile**

Los sistemas de seguridad social en Chile se caracterizan por tener tres fuentes de financiamiento que aportan en medidas proporcionales, con el siguiente orden decreciente: el Estado, los trabajadores y los empleadores. Cada fuente de financiamiento constituye los pilares de cada sistema. El sistema de pensiones, administrado por privados, tiene el "pilar solidario" administrado por el Estado, el "pilar contributivo obligatorio" de responsabilidad de cada trabajador y el "pilar contributivo voluntario". La misma estructura presenta el sistema de salud común. El sistema del seguro de desempleo, administrado por privados, tiene un pilar solidario y uno contributivo obligatorio, de financiamiento principalmente empresarial. El sistema de beneficios sociales está a cargo de instituciones privadas (las Cajas). El sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales tiene solamente un pilar contributivo obligatorio que es responsabilidad de las empresas. Existe, finalmente, un régimen especial para las Fuerzas Armadas.

La seguridad social chilena también cuenta con un sistema de fiscalización a cargo de tres Superintendencias: Pensiones, Salud y Seguridad social.

El sistema de seguridad social en Chile es parte de un sistema de protección social que incluye también la acción permanente de los así llamados “ministerios sociales” y otros programas gubernamentales. Entre estos últimos se cuentan actualmente: Chile Crece Contigo, Ingreso Ético, Bonos Asistenciales y Chile Solidario. Entre los ministerios sociales se cuentan el Ministerio de la Vivienda (que actúa principalmente a través de la asignación de subsidios para la adquisición de viviendas sociales), el Ministerio de Educación (principalmente a través de un sistema de becas), el Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y el actual Ministerio de Desarrollo Social (ex-Mideplan). En virtud de la reciente reestructuración emprendida por la administración Piñera, este último ministerio agrupa ahora a una pluralidad de instituciones sub-sectoriales como la Conadi (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena), Injuv (Instituto de la Juventud), Sernam (Servicio Nacional de la Mujer), Senama (Servicio Nacional del Adulto Mayor), Fosis (Fondo de Solidaridad e Inversión Social), Senadis (Servicio Nacional de la Discapacidad).

Además de los programas gubernamentales y los ministerios, debe agregarse el Subsidio Maternal (pre-, pos-, natal y posnatal parental), la Asignación Familiar, el Subsidio por Discapacidad Mental y el Subsidio Único Familiar (administrado por los municipios, la intendencia y la Superintendencia de Seguridad Social).

## **Cifras y medición del desarrollo de la seguridad social**

Entre 1990 y 2010, el sistema de protección social ha ido incrementando en su cobertura y en el número de los cotizantes. En el caso del sistema de pensiones, se ha pasado de una cobertura del 51% a una del 67% de la fuerza de trabajo

ocupada, produciéndose la mayor alza a partir del año 2007, en que se pasó de 53% en el 2006 a un 60%, para un total de 4.504.961 cotizantes. En relación con el sistema de salud, en el año 2003, en que se contaba una cobertura de un 64% de la fuerza de trabajo ocupada. En el 2010 se registra un 77%, para un total de 5.173.308 de cotizantes.

En el año 2010, el sistema de salud cuenta con un total de 5.173.308 cotizantes. De estos, 73.9% pertenece a Fonasa y el 26% a Isapres. Sin embargo, desde el punto de vista de la cobertura, debe considerarse que los beneficiarios del sistema privado constituyen sólo el 16% de la población, mientras que Fonasa cubre al 74.14% de la población total. Debe considerarse que, entre los países de la OCDE, Chile muestra el mayor gasto privado en salud, aportando directamente los hogares el 40% de ese gasto, el Estado un 25% y un 35% la cotización obligatoria que también proviene de las personas.

Entre el 1990 y el año 2010, el número de pensionados creció en un 72.3%, alcanzando a un total de 2.420.855, anotándose el aumento más importante el año 2008 con un 6.0%. Es importante notar que la cifra de pensionados crece más rápido que la expansión de la población, evidenciando el envejecimiento de la misma.

En el área de los accidentes de trabajo se han logrado avances. Entre el año 2006 y el 2010, han disminuido tanto la tasa de accidentabilidad como los días perdidos en promedio anual por trabajador protegido. La primera ha bajado de un 7.6% a un 6.7%, mientras que la segunda, de un 1.047% a un 0.997%.

En términos comparativos, Chile tiene una de las tasas de gasto público en segu-

ridad social más altas de Sudamérica, que se mueve alrededor del 6.5 % del PIB en la última década, superado por Uruguay, Brasil y, en los últimos 4 años, por Argentina. Entre los países con gasto más bajo se encuentra Ecuador y Venezuela. Si se suman las nuevas medidas de gasto vinculadas a la puesta en marcha de la reforma previsional y otras como el posnatal extendido y la reducción de la cotización del 7% escalonada y gradual que los pensionados contribuyen al sistema de salud, el gasto público ha seguido y seguirá expandiéndose de acuerdo a la tendencia, pero lejos aún del nivel de los países desarrollados.

Existen diversos modos de medir el desarrollo de los sistemas de seguridad social. Puesto que la conexión inversa entre desarrollo humano y vulnerabilidad social es muy fuerte, se considera en general que el Índice de Desarrollo Humano preparado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano es un indicador válido del desarrollo de la protección social en un país. En el año 2011, tomando en cuenta variables como ingreso per cápita, escolaridad, esperanza de vida, desigualdad de ingresos y género, Chile se ubicó en el lugar 44 de 187 países, con un puntaje de 0.805 que la organización internacional califica como "alto". Chile tiene el primer lugar entre los países de América Latina y el Caribe. Cuando se ajusta por distribución de ingresos, nuestro país baja al segundo lugar y cede el primero Uruguay.

En el año 2011, Andras Uthoff y Alfredo H. Conte-Grand de Cepal presentaron una propuesta de un índice que utiliza la brecha entre un indicador de "vulnerabilidad" que se refiere a la magnitud de la pobreza entre los menores y los ancianos y uno de "suficiencia". El indicador de "vulnerabilidad" refleja tanto los efectos

del mercado laboral como el comportamiento de las familias, y el indicador de suficiencia refleja el avance de la política social, atendiendo las necesidades de la población. Entre los países de América Latina, la mejor correlación entre ambos indicadores la tiene Brasil: si bien tiene un índice de vulnerabilidad mayor, tiene el mejor índice de suficiencia. Chile tiene el índice de vulnerabilidad más bajo de la región.

## **Problemas actuales y nuevos desafíos**

Dado este nuevo paradigma que se ha instalado en el último lustro, el desafío de la protección social actual debe seguir incrementando la cobertura y equidad en las prestaciones, conteniendo la vulnerabilidad y universalizando beneficios. Sin embargo, aparte de esta política general y permanente, se dan hoy otras variables más específicas de la realidad chilena actual que es imposible ignorar en las políticas futuras.

En primer lugar, es necesario hacerse cargo del impacto del envejecimiento de la población. En este nuevo enfoque y en virtud de las tendencias de la cultura contemporánea, la vejez emerge como una etapa compleja y autónoma que no puede reducirse a una espera para la muerte. La seguridad social debe entonces hacerse cargo de ella en toda su dimensión, no solo de ingresos y de salud. En este sentido, la demanda por mejores pensiones y el debate sobre la administración privada de su administración y su costo continuará y, probablemente, será parte importante del debate programático de la próxima elección presidencial.

En segundo lugar, la protección social debe asumir activamente el desafío de salud pública del incremento del consumo de las drogas y su impacto masivo en la juventud. Todas las cifras muestran

la íntima conexión y retroalimentación entre drogadicción y vulnerabilidad social. Las políticas de protección social no pueden ignorar esta realidad.

Uno de los puntos críticos del sistema actual tiene que ver con el subsidio por incapacidad laboral. Se ha detectado mala calidad de atención a los trabajadores: demora en el pago del subsidio, falta de transparencia y de oportunidad de la información, múltiples ventanillas. Por otra parte, el mal uso o abuso del subsidio ha significado un exceso de gasto para el sistema, que podría destinarse a otras prestaciones. Es necesario también corregir la gran dispersión de la institucionalidad, pues ella redundaría en mayor gasto público, por baja posibilidad de fiscalización, (Ej.: Recaudación 0,6% de CCAF versus 6,4% de Fonasa) e incentivando la competencia entre la salud Común y la laboral, dando lugar a subsidios cruzados.

Finalmente, es necesario mejorar las instancias de pesquisa de las enfermedades profesionales, en particular de las nuevas, y dar mayor cobertura a las mismas, principalmente en el ámbito de la prevención de riesgos. La política preventiva no solo tiene valor desde el punto de vista de la salud, sino que supone un ahorro general para el sistema y para los afiliados.

### **Situación legislativa actual**

Actualmente se encuentran en tramitación en el Parlamento diversos proyectos que, como se dijo anteriormente, se mueven en los márgenes del paradigma de la protección y de la universalización. La agenda del Ejecutivo está concentrada sobre el área de salud, con énfasis en la introducción de nuevas regulaciones, especialmente en el sistema privado. Prue-

ba de ello es la creación, en el año 2010, de una Comisión Presidencial de Salud compuesta por expertos y notables para analizar una reforma al sistema de salud.

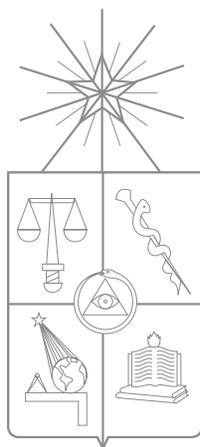
Originalmente, el gobierno había introducido con urgencia la denominada ley "corta" de Isapres II que buscaba dar legalidad a una tabla de factores por sexo y edad, que permita definir el precio de los planes de salud. Esta tabla de factores única debe ser utilizada por todas las Isapres e incorpora una disminución de las brechas que actualmente existen entre los factores para las personas de mayor edad en relación a las personas más jóvenes, y la que existe entre las mujeres en edad fértil y los demás afiliados. Incluye además la definición de un IPC de la Salud, de manera que sirva como marco de referencia para la aplicación de reajuste a los precios de los planes de salud.

Sin embargo, recientemente el Ejecutivo ha echado pie atrás, optando por un programa hipotéticamente más ambicioso o "ley larga" de Isapres, que no sólo busca eliminar la discriminación por sexo y edad en la definición de los precios de los planes de salud. La idea es hacer más "solidario" el sistema Isapre con la creación de un Plan Garantizado de Salud, igual para todos los beneficiarios del sistema Isapre. Ese plan tendrá un precio único e igual para todas las personas que sean beneficiarias de una misma Isapre, es decir, cada Isapre le pone precio al Plan Garantizado de Salud y debe cobrar ese precio a todos sus beneficiarios, sin discriminar como lo es en la actualidad. Se incluye además un Fondo Compensatorio por riesgo, igual como existe actualmente para el Plan Auge. No obstante, este proyecto de ley mantiene la posibilidad de discriminación por sexo y edad para los llamados Planes Complementarios de Salud ofertados por las Isapres.

En el ámbito público, también está en tramitación la modificación de la institucionalidad de Fonasa, Compin-SIL y Suseso. El Ejecutivo también ha impulsado medidas para subsanar los problemas diagnosticados. En este sentido, ha entrado a tramitación una modificación al sistema de licencias médicas y de subsidio de incapacidad laboral, que sanciona las responsabilidades de los emisores y aumenta las facultades de las contralorías médicas de Isapres y Compin. En esta área se echa de menos el avance más substantivo de la agenda de seguridad laboral prometido a propósito del accidente de la mina San Esteban, en el año 2010.

## **Palabras finales**

La expansión de los sistemas de seguridad social es una constante en las democracias modernas. La capacidad de reducir incertidumbres y crear sociedades cohesionadas pasa por el fortalecimiento de las instituciones que previenen o protegen enfrente de las dificultades de la vida social y la producción económica. Por tanto, la tarea de mejorar y hacer crecer estos sistemas en su cobertura y en la calidad de sus prestaciones será siempre una tarea inacabada y una parte muy importante de la agenda que se plantea el sistema político.



**Universidad de Chile  
Facultad de medicina  
Escuela de Salud Pública  
Dr. Salvador Allende G.**

Diálogos: Políticas Públicas de Salud N° 3, diciembre de 2011

Sistemas de seguridad social: balance y desafíos

Comité Editorial: Alex Alarcón, Pedro Crocco, Eduardo Muñoz.

Editado por la Escuela de Salud Pública. Facultad de medicina, Universidad de Chile

Av. Independencia 939. Santiago de Chile. Fono: (56-2) 9786525, E-mail: [extension@med.uchile.cl](mailto:extension@med.uchile.cl)

[www.saludpublica.uchile.cl](http://www.saludpublica.uchile.cl)

*Se autoriza su reproducción citando la fuente*

